



Revista Hacia la Promoción de la Salud

ISSN: 0121-7577

reprosa@ucaldas.edu.co

Universidad de Caldas

Colombia

Ortega-Bolaños, Jesús
LA CONCEPCIÓN DE JUSTICIA EN LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD,
COLOMBIA 1990-2015
Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 21, núm. 1, enero-junio, 2016, pp. 37-51
Universidad de Caldas
Manizales, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309146733004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LA CONCEPCIÓN DE JUSTICIA EN LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD, COLOMBIA 1990-2015

Jesús Ortega-Bolaños*

Recibido en agosto 24 de 2015, aceptado en marzo 12 de 2016

Citar este artículo así:

Ortega-Bolaños J. La concepción de justicia en la cobertura universal de salud, Colombia 1990-2015. *Hacia promoc. salud.* 2016; 21(1): 37-51. DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.4

Resumen

Objetivo: Evidenciar la concepción de justicia que presenta el actual sistema de salud colombiano, en su componente de aseguramiento y posterior acceso a servicios. El objetivo de este componente es llegar a resultados e impactos que alcancen la cobertura universal efectiva en salud como expresión de justicia social. **Método:** se realizó un estudio observacional descriptivo del componente de aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS) con miras a determinar, mediante el modelo de Tanahashi, si el sistema de salud ha logrado la cobertura universal efectiva. **Resultados:** la serie presentada nos muestra un comportamiento desigual por régimen de la cobertura universal, así como la persistencia de población pobre no asegurada y el poco efecto del aseguramiento como mecanismo para llegar a la cobertura universal efectiva en salud. **Conclusiones:** alcanzar la cobertura universal efectiva requiere de la exigencia de universalidad que nos plantea el filósofo John Rawls en su propuesta perfeccionista de justicia, donde la imparcialidad aplicaría, como idea central, para toda la población colombiana, sin tener en cuenta si es afiliado al SGSSS o si se es considerado como pobre no asegurado.

Palabras clave

Justicia social, seguridad social, equidad en salud, cobertura universal, sistemas de salud. (*Fuente: DeCS, BIREME*).

* Médico cirujano, Doctor en Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: jesaortegab@unal.edu.co  orcid.org/0000-0003-3103-066X



THE CONCEPTION OF JUSTICE IN THE UNIVERSAL HEALTH COVERAGE, COLOMBIA 1990-2015

Abstract

Objective: To demonstrate the conception of justice that presents the current Colombian health system in its component of insurance and subsequent access to services. The aim of this component is to achieve results and impacts that reach effective universal health coverage as an expression of social justice. **Method:** An observational descriptive study of the Colombian General Social Security System in Health CGSSSH assurance component was conducted with the purpose, through the Tanahashi model, of determining if the health system has achieved effective universal health coverage. **Results:** The series presented shows an uneven performance by regime of universal coverage, as well as the persistence of uninsured poor population and little effect of insurance as a mechanism to reach effective universal health coverage. **Conclusions:** To reach effective universal coverage demands, the requirement of universality posed by the philosopher John Rawls in his perfectionist proposal of justice where impartiality would apply as the central idea for all the Colombian population regardless whether people are affiliated to the CGSSSH or are considered as poor uninsured people, is necessary.

Key words

Social justice, Social Security, equity in health, universal coverage, health systems. (Source: MeSH, NLM).

CONCEPÇÃO DE JUSTIÇA NA COBERTURA UNIVERSAL DA SAÚDE, COLÔMBIA 1990-2015

Resumo

Objetivo: Demonstrar a concepção de justiça apresentada pela atual sistema de saúde colombiano, na sua componente de seguro e o subsequente acesso aos serviços, com o a meta é alcançar resultados e impactos na saúde, o que requer alcançar a cobertura universal e expressão eficaz da justiça na saúde social. **Método:** Foi realizado um estudo descritivo do componente de garantia de SGSSS com a intenção de determinar o modelo Tanahashi se o sistema de saúde tem alcançado uma cobertura eficaz de saúde universal. **Resultados:** A série apresentada mostra um desempenho irregular por tipo de cobertura universal, e a persistência de pobres sem seguro e pouco efeito do seguro como um mecanismo para alcançar a cobertura universal de saúde eficaz. **Conclusões:** Alcançar a cobertura universal de forma eficaz requer a exigência de universalidade posou Rawls da sua proposta perfeccionista de justiça, onde a equidade como idéia central se aplica a toda a população colombiana, independentemente do seu estatuto de ser filiado a SGSSS, mais ser considerada como ruim ou não segurados.

Palavras chave

Justiça social, Previdência Social, a equidade na saúde, cobertura universal, sistemas de saúde (Fonte: DeCS, BIREME).

INTRODUCCIÓN

Para alcanzar la cobertura universal efectiva en salud (CUS) como expresión de justicia social, es necesario evidenciar la concepción de justicia que presenta el actual sistema de salud colombiano, en su componente de aseguramiento y posterior acceso a servicios.

La cobertura universal efectiva se configura, en primera instancia, como cobertura potencial, caracterizada por disponibilidad, aceptabilidad y accesibilidad a servicios sanitarios para las personas que pueden y desean utilizarlos. Estos elementos permiten identificar la cobertura real, caracterizada por el momento de verdad del sistema: cuando el usuario entra en contacto con los servicios de salud y obtiene atención sanitaria con resolución de sus problemas de salud.

Para asignar derechos y deberes a la estructura básica de una sociedad, se debe, según Rawls ¹⁽⁶⁷⁾, aplicar su primer principio de justicia, el cual lo define así: “Cada persona ha de tener un igual derecho al esquema más extenso de libertades básicas que sea compatible con un esquema semejante de libertades para los demás”. Esta exigencia de *igual libertad* es una categoría planteada dentro de su paquete de bienes primarios, entendidos como las cosas que se supone que un hombre racional quiere tener.

El ejercicio de derechos que identifica este primer principio de justicia nos debe permitir una mayor expansión de libertades, al tener una igualdad de oportunidades para todos los integrantes de nuestra sociedad (2). Dicho principio, aplicado a la salud, nos ofrece diversas respuestas institucionales y sociales para responder a nuestras necesidades en esta materia, consideradas “preferencias” que una persona o un grupo social puede hacer efectivas.

Ribotta (3) considera el igualitarismo una doctrina donde todas las personas puedan tener la misma cantidad de ingreso y de riqueza, y que aplicado

como principio de justicia social en salud, permitiría que todos podamos demandar igual acceso e igual trato en salud ante igual necesidad. Además, constituye un argumento en las batallas de distribución sanitaria, donde el motivo de discusión pasaría de la pregunta ¿por qué igualdad en salud para todos?, a ¿igualdad en salud de qué tipo?, para toda la sociedad colombiana.

Rawls (1) propone que la justicia imparcial distribuya bienes primarios, como derechos, libertades, oportunidades, ingreso y riqueza. También expresa que otros bienes primarios tales como la salud y el vigor, la inteligencia y la imaginación son bienes naturales; entonces, aplicar la libertad de elección al escenario de atención sanitaria, siendo un bien social primario, sería una concepción que nos permitiría escoger quién nos atiende sin discriminación y con posibilidad de tener el mismo resultado si tenemos la misma necesidad en salud.

Desde la idea de justicia de Sen (4), el enfoque de capacidades requiere pasar de concentrarse en los medios de vida a enfatizar en las oportunidades reales de vivir para cumplir fines y libertades para realizarlos. Sen (5) nos plantea que cada teoría normativa de justicia social exige igualdad de algo (libertad, ingreso, trato o igual utilidad para todos), teoría aplicada al escenario de la salud como ¿igualdad de qué? Por tanto, la salud como capacidad sería un mínimo que toda sociedad debería garantizar para alcanzar mayor libertad. Su idea de capacidad está más relacionada con oportunidades y no presta atención a la imparcialidad implicada en procedimientos de aseguramiento y atención para constituir un resultado justo, que sería la CUS.

Las tensiones sobre concepciones teóricas de justicia entre Rawls y Sen permiten aplicar sus premisas al contexto histórico de la protección social y plantear que “los sistemas integrales de protección deben ser universales en su cobertura, solidarios en su financiamiento e igualitarios

en las garantías que establecen como derechos ciudadanos”, Acosta 6 (p 17).

Aportar a la justicia social en salud desde el escenario de protección social requiere no solo alcanzar la cobertura universal de afiliación para todos los colombianos, sino garantizar una mejora en la seguridad y calidad de la atención realizada. Deben ser protegidos contra riesgos e intervenciones sobre determinantes sociales, teniendo en ambos escenarios, una protección financiera sobre consecuencias económicas y sociales de los diferentes estados de salud de la población colombiana (7). Aquí la equidad no solo estaría considerada como lo sustancial de la justicia, sino como una meta de cobertura universal, la cual requiere del acceso universal efectivo a servicios de salud de mayor calidad para todas las personas que tienen necesidades sociales en salud (8).

Con estos propósitos, la justicia imparcial de Rawls (1) se concebiría como una noción moral primitiva entre agentes mutuamente interesados y en circunstancias similares, teniendo inmerso en su interior un concepto fundamental, que sería el de imparcialidad (*fairness*). Con esta concepción, las políticas sociales sanitarias deben orientarse desde principios de justicia imparcial, equidad distributiva e igualdad en componentes y procesos para combinar principios complementarios, donde la focalización se considera como instrumento y la universalización como fin (9).

El contexto histórico de cobertura universal en salud en América Latina y del Caribe muestra que desde los años ochenta se iniciaron programas focalizados en salud para población vulnerable, así como reformas en salud en los noventa, en la mayoría de países como Colombia. Esto ocasionó un cambio en el patrón de prestación de servicios financiados con sustitución de subsidios de oferta por demanda, con el ánimo de convertirse en un paso hacia la CUS (10).

En este contexto de reforma, se presentaron transiciones demográficas, epidemiológicas,

nutricionales y urbanas, que requieren de una respuesta transformada en estructura y función de los sistemas de salud (11-13). Estos cambios en la situación demográfica y de salud de la población colombiana nos muestran la necesidad de rediseñar la estructura de nuestro modelo de prestación y atención. Se debe plantear uno que reconozca un enfoque poblacional diferencial, así como una oferta de servicios individuales y colectivos orientados desde la filosofía de la atención primaria integral y la medicina familiar, para afectar positivamente la problemática actual de salud del país. Esta se encuentra en grave estado: cuatro de cada diez usuarios que tienen contacto con los servicios de salud no logran satisfacer sus necesidades sociales en salud (14). También se ha identificado que cerca del 11% de los trabajadores informales no tiene un seguro de salud y solamente el 10,3% de los trabajadores formales se encuentran afiliados a una administradora de fondo de pensiones (15, 16).

La CUS ha tenido diferentes características: en países integrados, como Costa Rica, la población excluida comprendía adultos mayores, enfermos crónicos e inmigrantes. Sus políticas y estrategias para aumentar la cobertura universal estaban orientadas a mejorar la calidad de la prestación, con especial atención en grupos vulnerables. En países con seguro de salud unificado, como Brasil, la financiación se planteó como pública, con provisión mixta y tendencia a unificar progresivamente en una entidad pública la meta de cobertura universal.

En países mixtos, como Colombia, las políticas de protección social en salud dependían de mecanismos de asignación y distribución de recursos, así como de coordinación y articulación entre subsectores públicos y privados (16, 17). En su propósito de aumentar cobertura, las características de nuestro modelo de competencia gerenciada comprende financiación parapública y provisión privada en el régimen contributivo, así como financiación mixta (pública y parapública) y

provisión mixta (pública y privada) de servicios en el régimen subsidiado (18).

Sin importar el tipo de país y sus características relacionadas con la CUS, el principio de universalidad se aborda desde el cuidado como derecho universal (con obligatoriedad de protección y ampliación de la red sanitaria para todos los ciudadanos) o desde la igualdad de oportunidades para acceder a iguales respuestas en salud ante iguales afectaciones de esta. Por esto, la afiliación y el aseguramiento son sinónimos, mientras que la cobertura se refiere al número de personas que, afiliadas o no, reciben servicios de salud. El acceso se determina por el uso efectivo de servicios de salud requeridos por toda la población.

A finales del siglo XX, en nuestro país se realizó la reforma constitucional de 1991. Esta incidió en las políticas sociales e influyó positivamente en la cohesión social, al incorporar, en la carta de derechos, la salud como servicio público a cargo del Estado y, posteriormente, como derecho humano fundamental (15), donde el envejecimiento de la población, la inseguridad económica y el subempleo (inmersos en escenarios de pobreza con debilitamiento y reducción del rol del Estado como órgano rector de políticas sociales) configuran un contexto nacional de mayor desigualdad social.

Para Colombia, la CUS se constituyó en una de las metas no alcanzadas para el 2001, al tener solamente 24 410 579 personas afiliadas al SGSSS, que correspondían al 60 % de la población general (19). Esta cobertura fue el producto de una lenta operación del componente de aseguramiento del sistema de salud del país y del desarrollo económico y social de la época (20). Dicho propósito debió integrarse en políticas públicas que permitieran mayor igualdad, al enfocarla desde derechos humanos para todos los ciudadanos, sin depender de la inserción de personas en el mercado laboral. Actualmente persiste como responsabilidad de país y requiere de apoyo político, económico y técnico de países con mayor desarrollo.

En Colombia existen grandes disparidades entre cobertura teórica y real en salud, debido a la organización y otras características endógenas del sistema de salud (modelos de atención, correlación con el tipo de cobertura que brindan) así como a características exógenas de carácter político (crisis del estado benefactor, inestabilidad política, intereses políticos), macroeconómico (pobreza, desempleo, distribución desigual del ingreso), social (diferencia de sexo, edad), epidemiológico (comportamientos de la enfermedad) y cultural (diferencias étnicas, diferentes concepciones de salud, diferentes saberes y prácticas sanitarias) (20).

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación tuvo como objetivo reconocer la concepción de justicia del actual sistema de salud colombiano en su componente de aseguramiento y evidenciar si el país durante el periodo de análisis (1990-2015) alcanzó la CUS como expresión de justicia social en salud.

Se realizó un estudio observacional descriptivo a partir de información de proyecciones poblacionales entre 1991 y 2015 del DANE e información oficial de la base de datos única de afiliados (BDUA) y del sistema integrado de protección SISPRO, del Ministerio de Salud y Protección Social. Posteriormente, se construyeron series de tiempo sobre el comportamiento de la afiliación durante el periodo de análisis comparado entre población afiliada y población atendida.

Se analizó el grado de implementación del componente de aseguramiento del sistema de salud colombiano, reconstruyendo la serie de tiempo del comportamiento de la afiliación durante el periodo 1991-2013. Los elementos analizados fueron: el contexto de protección y seguridad social en salud, las definiciones y taxonomía de la cobertura universal, sus dimensiones y su comportamiento nacional para discutir la posibilidad de alcanzar la cobertura universal efectiva en salud.

Nuestra hipótesis fue: el comportamiento del aseguramiento durante los últimos 22 años solamente ha permitido una cobertura potencial, caracterizada por disponibilidad, aceptabilidad y accesibilidad a servicios sanitarios para personas que pueden y desean utilizarlos; observándose pocos avances hacia una cobertura universal efectiva para toda la población colombiana, la cual se caracteriza, en primera instancia, como el momento de verdad del contacto entre el usuario con los servicios de salud y, en segunda instancia, como cobertura efectiva para personas que reciben atención sanitaria y resuelven sus problemas de salud.

La apropiación del concepto CUS involucró cuatro aspectos: todos los ciudadanos deben tener acceso a servicios de salud, con disponibilidad de iguales servicios médicos para todos; diferentes necesidades y accesos a servicios de salud de calidad; diferentes respuestas contra riesgos y consecuencias financieras de enfermedad y daño; la CUS como reflejo de disponibilidad y acceso a servicios de salud.

Se definieron tres dimensiones: 1. ¿Quién se afilia? Amplitud o cobertura horizontal, referida a proporción de población cubierta. 2. ¿A cuáles servicios logra ingresar? Profundidad de la cobertura, incluyendo el paquete de servicios de salud proporcionados. 3. ¿Cuál es el nivel de cobertura? Proporción de costos directos de la atención que cubre el seguro.

La cobertura universal no solo significa estar afiliado, requiere cobertura para todos, pero no cobertura para todas las intervenciones. Por tanto, brindar iguales respuestas a iguales necesidades sanitarias tiene antecedentes planteados desde la Constitución de 1991, en su artículo 48: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley”

y en su artículo 49: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”^{21(p 20-21)}.

Propósitos recogidos en la Ley 1751 de 2015 como parte integrante de la Constitución Nacional, al elevar la salud a derecho humano fundamental, identifica aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud, al admitir su tutela (22), y protegiéndolo por tres (3) vías: 1. establecimiento de la relación entre salud y derecho a la vida; 2. derecho a la integridad personal; 3. derecho a la dignidad humana.

En este esfuerzo por brindar atención sanitaria integral, desde el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011^{23(p 23)}, se estableció que “el Plan de Beneficios debería actualizarse integralmente una vez cada dos años, atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios [...]”. Otros elementos que aportaron a la integralidad de la atención fue la Resolución 4678 del 2015 (24) sobre actualización de códigos únicos de procedimientos en salud y la igualación de planes de beneficios con la Resolución 5592 de 2015 (25).

Los anteriores esfuerzos legislativos configuran la actual propuesta institucional del gobierno como mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud que las EPS o las entidades que hagan sus veces deberán garantizar. Operar esta oferta de servicios sanitarios implica equidad de financiamiento (contribuir de acuerdo con capacidad de pago) y protección financiera del riesgo (la atención en salud no debe representar gastos catastróficos ni empobrecedores).

Nuestro análisis adoptó la CUS como la situación en la cual todos los individuos, en el momento en que lo necesitan, tienen acceso a servicios de salud

integrales (promoción, prevención, tratamientos y rehabilitación), adaptados a un costo abordable, lo que permite un acceso equitativo y una protección contra el riesgo financiero (26).

Se definieron tres pasos metodológicos para alcanzar cobertura universal: cobertura legal para todas las personas (primer paso); acceso regular a un paquete de servicios para todos (segundo paso); cobertura real (tercer paso); considerada la CUS que garantiza a todos máxima obtención de resultados en salud a partir del acceso real a un paquete de servicios de alta calidad sobre una base equitativa, que no debe generar *shocks* financieros ni un mayor gasto de bolsillo.

El análisis de cobertura sanitaria durante el periodo 1990-2013 se realizó desde el modelo de Tanahashi (27), definido como la proporción de población que recibe atención eficaz, donde el rendimiento del servicio entregado se acepta, en la medida que logra un resultado satisfactorio y permite analizar equidad en el acceso al sistema sanitario. El modelo aplica a población que tiene contacto con el sistema de salud e identifica grupos específicos, barreras y facilitadores particulares para el logro de la cobertura efectiva.

Este modelo se configura en cinco niveles: 1. Disponibilidad: personas para los cuales los servicios se encuentran disponibles; 2. Accesibilidad: personas que pueden utilizar los servicios; 3. Aceptabilidad: personas que desean utilizar los servicios; 4. Contacto: personas que utilizan los servicios; 5. Cobertura efectiva: personas que reciben atención efectiva.

La cobertura universal efectiva expresa la extensión de la interacción entre el servicio y la gente que lo solicita, sin limitarse por ningún aspecto particular de provisión de servicio y está constituida por *cobertura potencial* (disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de cobertura) y *cobertura real* (contacto y la efectividad de cobertura).

RESULTADOS

La generación de resultados requirió recolección y crítica de información oficial secundaria sobre la relación entre población afiliada y atenciones realizadas durante el periodo 2011-2012. Se construyeron series de tiempo y se confrontaron con información oficial procedente del DANE y Fedesarrollo del mismo periodo, relacionadas con estructura poblacional proyectada y sus respectivos porcentajes de afiliación al sistema.

Series que permitieron elaborar gráficos de tendencia, identificando a partir de población general, comportamientos diferenciales del grado de implementación del componente de aseguramiento en ambos regímenes del SGSSS y su relación con atenciones realizadas por ámbito ambulatorio, hospitalario, urgencias y domiciliario, realizadas a personas únicas.

Con base en la información estadística analizada, y teniendo como referente la concepción de justicia imparcial de Rawls, se construyó la respectiva discusión y conclusión.

En la figura 1 se observa el comportamiento por régimen de aseguramiento en salud de los últimos veintidós años, donde las coberturas de seguridad social anteriores a la reforma de 1991 oscilaban entre 23 % y 28 %. La Ley 100 produjo un aumento global de cobertura, que pasó de 23,7 % en 1993 a 61,8 % en 2003, con dos fases diferenciadas: la primera, de 1993 a 1997, con expansión del régimen contributivo de 7,9 a 13,5 millones de afiliados; la segunda, de 1997 a 2003, con un crecimiento sostenido del régimen subsidiado, que pasó de 7,9 a 10 millones de afiliados.

Durante el periodo 1993-1997, se aumentó la relación beneficiarios/cotizantes, distribuidos en 38,9 % en el régimen contributivo y un 18,2 % en el subsidiado.

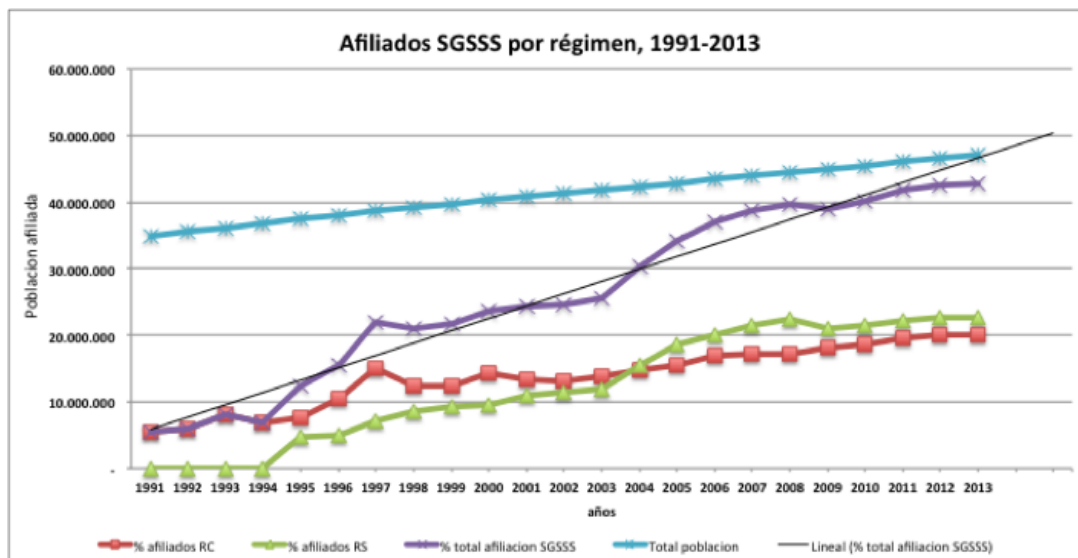


Figura 1. Comportamiento de la cobertura universal por régimen, 1991-2013.
Fuente: elaboración propia a partir del Ministerio de Salud y Protección Social (28).

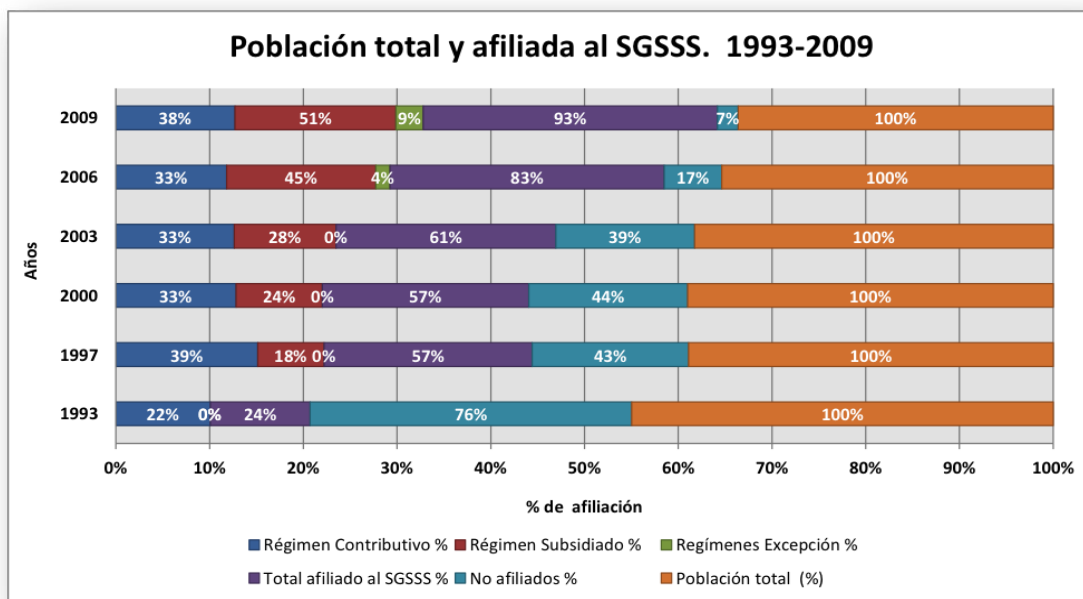


Figura 2. Comportamiento de la cobertura universal en salud, 1993-2009
Fuente: elaboración propia a partir del Ministerio de Salud y Protección Social (28).

Con la aplicación del Decreto 2491, en 1995 comenzó a operar el régimen subsidiado, al permitir a las direcciones departamentales y distritales de salud ejercer funciones de administración del régimen de subsidios. No obstante, las entidades promotoras de salud solo entraron a operar en 1996, pues, aunque el diseño del sistema general contemplaba cobertura universal en salud, los entes regionales no tenían la capacidad para hacerla realidad.

El escenario del 2000 se caracterizó por población nacional cercana a 44 977 758 personas con bajo crecimiento del empleo formal, frente a una informalidad del mercado laboral que rondaba el 50%, afectando el comportamiento de afiliación, distribuido en 37,8% de afiliados al régimen contributivo, 51,1% al régimen subsidiado y 8,7% en régimen especial (28).

Para el 2006, el crecimiento en ambos regímenes con reducción de los regímenes especiales,

mostraba una cobertura del 46% en el subsidiado y del 40% en el contributivo, llegando a finales del 2009, a una cobertura de seguridad social del 86,8 %. Los datos oficiales del Ministerio de la Protección Social (2011) mostraban más de dieciocho millones de afiliados al régimen contributivo, veintidós millones de afiliados al Régimen Subsidiado y cerca de un millón y medio de afiliados a regímenes especiales, para una cobertura del aseguramiento en salud superior al 94,7 % de toda la población colombiana (19).

La tendencia de la afiliación aumentó y al final del periodo 2000 y 2013, de una población total calculada en 47 121 089 personas, 42 818 934 estaban afiliadas al SGSSS, distribuyendo 20 148 978 personas (42,76%) al régimen contributivo y 22 669 956 personas (48,11%) al régimen subsidiado. La cobertura potencial bajó al 90,87 % de la población total, y el 9,13 % restante, que correspondía a unos 4 302 155 habitantes, eran personas consideradas como pobres no aseguradas (19).

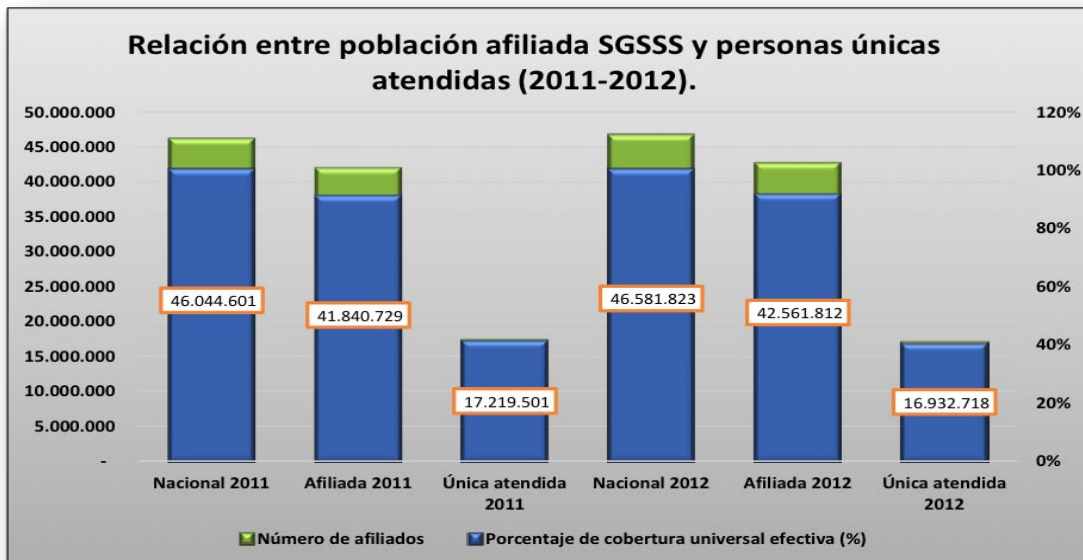


Figura 3. Relaciones entre cobertura potencial y cobertura real (acceso a servicios), 2011-2012.

Fuente: elaboración propia a partir Ministerio de Salud y Protección Social (28).

La depuración y crítica de la información relacionada con prestaciones y tecnologías utilizadas durante el periodo 2011-2012 permitió identificar el avance de la población afiliada y precisar que las prestaciones realizadas no cubren al 100% de la población afiliada 42 818 934 (90,87%) ni al 4 302 155 (9,13%) de la población no afiliada al SGSSS que demandan servicios de salud.

Dicho comportamiento nos muestra que, si bien la cobertura potencial aumentó durante el 2011 hasta el 90,87 % de la población colombiana del 2011 (19), su progresión —que alcanzó el 91,37% para el año 2012— mostraba que la concentración de servicios en la población única atendida es mayor. Esto evidencia que las barreras de acceso se mantienen. Sin embargo, solo un 41 % (17 219 501 afiliados con cobertura real) de la población afiliada para el año 2011 (41 840 729) que solicitó un servicio de salud lo usan y alcanzan efectividad en su atención en salud.

Un comportamiento similar se observó para el 2012, donde únicamente un 40% (16 932 718 afiliados con cobertura real) de la población afiliada para el 2012 (42 561 812), que solicitó un servicio de salud, logró la respectiva atención. Este hecho ratifica un enfoque de justicia basado más en la utilidad, la prioridad y el interés de los actores que dirigen prestaciones, atenciones y tecnologías en salud, y se concentran menos en responder a las necesidades en salud de la población que logra acceder al servicio (figura 3).

DISCUSIÓN

Los sistemas de salud en América latina presentaron, durante el siglo XX, cambios en su estructura y forma de operar que nos permitió identificar tres procesos de reforma que tenían como propósito la justicia, la eficiencia y la capacidad de respuesta. Un primer periodo, en los años cuarenta y cincuenta, relacionado con

creación de sistemas nacionales de atención sanitaria; un segundo periodo, a finales de los setenta, orientado hacia eficiencia y aumento del acceso a servicios basados en atención primaria en salud para avanzar en cobertura universal, jalonados por el aumento en la esperanza de vida. Una tercera reforma, en los noventa, tuvo como propósito aumentar el acceso a servicios de salud para toda la población, generar eficacia en el manejo de recursos y obtener buena salud a bajo costo. La cobertura universal fue considerada como meta en los procesos de reforma de tercera generación, que ocurrieron principalmente en Argentina, Chile, México y Colombia (29, 30), siendo necesario garantizar una destinación específica de recursos para el sector, fortalecer el trabajo inter- y transectorial frente a determinantes de salud y una participación social activa frente al cuidado de toda la población.

La cobertura universal en salud en Colombia como instrumento necesario para mejorar acceso a servicios de salud individuales y colectivos, ejercer el derecho humano fundamental en salud, fortalecer cohesión social y desarrollo económico, político y social (30), nos genera las siguientes inquietudes:

Si la cobertura universal corresponde a afiliación, alcanzar la efectividad de dicha cobertura requirió determinar ámbitos de prestación de servicios ambulatorios, hospitalarios, de urgencias y domiciliarios, con base en información disponible en fuentes oficiales del MSPS. También se determinó la accesibilidad y aceptabilidad a partir de la proporción de usuarios que pueden y desean utilizar estos servicios y configuran la cobertura potencial; el momento de utilización de servicios y el grado de resolución quedan como elementos que configuran la cobertura real.

Nos preguntamos: ¿qué tan efectivo ha sido el aseguramiento para alcanzar la cobertura universal? Además, si las series presentadas mostraron un comportamiento desigual de cobertura universal

por régimen, persistencia de población pobre no asegurada y poco efecto del aseguramiento como mecanismo para llegar a la CUS o débil efecto para reducir barreras de acceso, consideradas desde principios de igualdad o universalidad (ver figura 3).

La cobertura universal efectiva, como objetivo intermedio del sistema de salud, sintetiza e integra información sobre acceso de la población a servicios de salud, siendo efectiva si se aplica tanto a población afiliada al sistema como a la que no lo está (población pobre no asegurada). Su medición nos permitió conocer la fracción de ganancia potencial en salud que nuestro sistema de salud puede aportar a través de una intervención disponible (31), relacionada primero, con cobertura de las acciones en salud; segundo, con acceso a los servicios, y, tercero, con el uso de atención efectiva.

Así las cosas, la cobertura universal como derecho explícito desde la Carta Constitucional Colombiana y su actual expresión en la Ley Estatutaria adopta la forma de cobertura de intervenciones con barreras de acceso y paquetes de servicios curativos, requiriéndose de cambios éticos, financieros y de organización de nuestro sistema sanitario para viabilizar el derecho fundamental a la salud.

Yepes ^{32(p 30)} explica el comportamiento de la cobertura en salud en estos términos: “[...] un aumento inicial del aseguramiento del régimen contributivo a expensas de ampliar la cobertura familiar, mientras el régimen subsidiado que arrancó en 1996 había crecido más rápidamente con la aparición de los subsidios parciales, así también la diferencia de planes de beneficios entre ambos regímenes afectaron las cifras absolutas de cobertura, requiriendo ajustes que disminuyeron la cobertura real hasta cerca de un 10% [...]”.

El enfoque de derechos en protección social en salud y garantías sociales explícitas en Colombia consagró en la Constitución de 1991 (21) la

adopción del modelo de competencia regulada, que permitió posteriormente promulgar la Ley 100 de 1993, la cual, en su libro segundo, propuso un régimen privado orientado a personas con capacidad de pago y un régimen público de aseguramiento, donde personas sin capacidad de pago tendrían acceso gratuito a servicios de salud y se resguardarían los derechos a la seguridad y asistencia social (33). Premisa que no se cumple al persistir brechas significativas entre distintos grupos de beneficiarios, ya sea que estén o no en capacidad de pagar por los servicios de salud que demanden (34).

Por tanto, si el país optó desde la Constitución de 1991, en su artículo 48 por la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio en sujeción a principios de eficiencia, universalidad, solidaridad (21); su no cumplimiento vulneraría en la Ley 100 de 1993 el principio de universalidad de la cobertura de afiliación, y se requeriría un mayor avance en la cobertura universal en salud, bajo principios de equidad, solidaridad, eficiencia, calidad y participación social. Por tanto, no existe un programa de CUS que pueda implantarse en Colombia, dada su diversidad y particularidad, que requiere de efectividad, inicialmente, en poblaciones vulnerables y gradualmente cubrir a toda la población (35).

En este sentido, la evidencia nos muestra programas de transferencia condicionada como Chile crece contigo, Bolsa de familia, en Brasil, De cero a siempre o Familias en acción en Colombia, que contribuyen a la migración de hogares desde escenarios de pobreza extrema y de pobreza a escenarios sociales de inclusión social aportando poco a su cobertura universal en salud (36).

En Colombia, la CUS está enmarcada en la política social en salud, política sectorial corporativa neo institucional originada y orientada desde el Estado. Desde su diseño institucional y de operación hasta la evaluación de sus estrategias y actividades, están encaminadas a mostrar resultados trazadores

en salud que afectan únicamente el bienestar de la población que accede a servicios, con poca posibilidad de operar financieramente servicios sanitarios que respondan a las necesidades sociales en salud de todos los colombianos.

Desde el principio de igualdad, estas políticas sociales reconocen beneficios sociales precarios más que derechos fundamentales, otorgándole a la administración del Estado un amplio margen de discrecionalidad, manipulación y arbitrariedad en sus decisiones para responder a la situación de salud de la sociedad colombiana, relacionada únicamente con el grado de resolución del motivo de consulta y la atención de urgencias.

En este sentido, la cobertura universal se constituye en un principio difícil de lograr, dada la dualidad de la protección social en salud del SGSSS: por una parte, un esquema de responsabilidad exclusivamente pública para pobres y vulnerables sin acceso al mercado formal de empleo; por otra, un esquema para población con diversidad en su capacidad de pago y con empleo formal. Situación que nos muestra la urgencia de definir con mayor especificidad la función de protección social contributiva y los ámbitos de protección, como asegurar cobertura, acceso y cobertura efectiva, debido a que el aseguramiento o la afiliación como estrategia para garantizar la protección sanitaria de toda la población colombiana es insuficiente.

Así las cosas, el estado deberá garantizar la seguridad social, por tanto la cobertura universal se constituye tanto para el afiliado como el no asegurado en el medio por el cual deberán resolver su problema de salud. Alcanzar la cobertura universal efectiva en salud requiere del proceso de atención de calidad en los diferentes niveles de atención, por lo cual el acceso, además de significar necesidad y deseo de atención, ha de ser considerado como un medio y no como un fin en sí, por lo que es potestativo de la capacidad de las personas la decisión para buscar y obtener atención en salud (35).

Aquí el seguro hace parte de la dotación para demandar servicios de salud; es decir, existe en el país una cobertura potencial, la cual debe avanzar hacia una cobertura real donde la utilización de servicios y un alto grado de resolución generen impactos en salud (36).

CONCLUSIONES

¿Cómo alcanzar la CUS en Colombia?

El contexto de análisis nos permitió caracterizar a Colombia como un país de ingreso medio cuya cobertura potencial en salud entre 88% y 94% es producto de crisis económicas, globalización, intereses particulares y profundas desigualdades sociales e inequidades. Al analizar la información oficial de las fuentes consultadas (DANE, MSPS) durante el periodo 2011-2012 se evidenció que de una población general del país cercana a 46 millones de personas, la cobertura potencial de afiliación nos muestra que cerca de 41 millones de personas estaban afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, los cuales podrían acceder a servicios ofertados y contemplados en los ámbitos ambulatorios, hospitalización, urgencias y domiciliarios, pero solamente 17 millones de personas únicas, lograron ser atendidos, ratificando que para este periodo de análisis cerca de 29 millones de personas no tuvieron acceso efectivo a servicios de salud, entendido como la resolución del total de sus necesidades en salud (ver figura 3).

Pese a su fragmentación y a las desigualdades con respecto al acceso y utilización de servicios, el antiguo SNS tuvo un impacto positivo en la equidad social. En el actual sistema de salud (SGSSS) también persiste segmentación, fragmentación y múltiples escenarios de injusticia dentro del modelo de prestación y atención. Aunque es innegable un avance en la cobertura potencial, se requiere evidencia actualizada sobre una real CUS.

La actual igualación de planes de beneficios para ambos regímenes mantiene diferencias

sustanciales de calidad y acceso al incluir en su oferta paquetes de servicios que corresponden al 8% del gasto privado y están por fuera del Plan de beneficios. Servicios ofertados como medicina prepagada orientada a población con alta capacidad de pago, que influyen en los acumulados de población afiliada y usuaria de servicios de salud; igual situación se presenta con la población pobre no asegurada, que al no estar afiliada al sistema es atendida por subsidio a la oferta en entidades que recobran dichas atenciones al Estado.

Mientras el aseguramiento en salud no se diferencie básicamente del aseguramiento de una propiedad o un vehículo, en el sentido de proteger contra un riesgo económico, y tampoco se diferencie del mecanismo de seguros en el sentido de distribuir un riesgo entre todos los miembros de un grupo poblacional, ni en el objetivo final de mantener la salud de los individuos y la familia, seguiremos privilegiando sostenibilidad financiera en detrimento de la equidad sanitaria.

Aquí, el aseguramiento individual garantiza el derecho que la seguridad social debería establecer en el colectivo; por tanto, el aseguramiento establecido en la ley 100 ha sido la forma retórica de garantizar que el derecho a la salud se haga efectivo y configura un discurso de difícil aplicación para la población que no logra una cobertura universal efectiva.

Conciliar lo individual y lo colectivo desde el aseguramiento para lograr CUS nos interroga sobre la naturaleza de los problemas de salud, los cuales pueden estar relacionados con enfermedades olvidadas, de alto costo o eventos en salud de alta prevalencia y bajo costo, los cuales requieren de prestaciones relacionadas

con resolución, rehabilitación, o actividades de promoción y prevención; por tanto, su financiación y ejecución pasaría a ser responsabilidad del Estado, incluidos en el plan de intervenciones colectivas (PIC), que opera en escenarios de modelos de atención que no privilegian la APS. Aquí, el actual modelo de atención refuerza la especialización y discriminación de instituciones en la atención para ricos y pobres, así como las dificultades institucionales, laborales y culturales para transformar subsidios de oferta en demanda.

Podríamos decir que el SGSSS en Colombia ha aumentado el aseguramiento, pero que la cobertura carece del principio de equidad que promulga igual atención independiente de su capacidad de pago (34); es decir, el aseguramiento tiene una concepción utilitarista de justicia que mide la cobertura potencial del sistema pero no el acceso a iguales servicios de salud. Por tanto, deberíamos analizar toda la atención en salud con cobertura universal efectiva y no sólo la cobertura en seguridad social, cimentada en frágiles condiciones sociales y de trabajo.

Con el análisis presentado, alcanzar la cobertura universal efectiva requiere de la exigencia de universalidad que nos plantea Rawls desde su propuesta perfeccionista de justicia donde la imparcialidad como idea central aplicaría para toda la población colombiana, independiente de su condición de estar afiliado al SGSSS o seguir considerándose como pobre no asegurado.

Quedaría en entredicho el supuesto de que la riqueza del país permitiría financiar, utilizando mecanismos de solidaridad y eficiencia, el acceso equitativo a los servicios de salud para alcanzar una justicia social en salud en Colombia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rawls J. Teoría de la justicia. México: Fondo de Cultura Económica; 1971.
2. Rawls J. Justicia como equidad. España: Editorial Tecnos; 1999.
3. Ribotta S. Sobre la propuesta de igualdad. En: Norberto Bobbio. Madrid: Universidad Carlos III; 2010.
4. Sen A. La idea de la justicia. Bogotá: Editorial Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, S. A.; 2009.
5. Sen A. Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza Editorial; 2004.
6. Cepal. La protección social de la población rural [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2015 [citado el 18 de marzo de 2016]. Consultado en <https://goo.gl/hDJtkD>.
7. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in México. *Lancet* 2012; 380: 1259–79.
8. Frenk, J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. *Lancet* 2015; 385: 1352–58.
9. CEPAL. Protección social inclusiva en América Latina. Santiago de Chile: marzo. 2011
10. Atun R, Monteiro de Andrade, Braga J, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin América. *Lancet* [Internet]. 2014[Cited October 2014]. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9).
11. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elements for a theory of the health transition. *Health Transit Rev* 1991; 1: 21–38.
12. Carmona-Fonseca J. Cambios demográficos y epidemiológicos en Colombia durante el siglo XX. *Biomédica* [serial on the Internet]. 2005 Dec [cited 2016 Mar 17]; 25 (4): 464-480. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572005000400006&lng=en.
13. Ramos-Clason EC. Transición epidemiológica en Colombia: de las enfermedades infecciosas a las no transmisibles. *Revista Ciencias Biomédicas*.2012. ISSN: 2215-7840, 3(2), Julio - diciembre.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio de suficiencia UPC. Bogotá 2013
15. Bértola L, Gerchunoff P. Institutions and economic development in Latin America. United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean (CEPAL) [Internet]. 2011[Cited December 2011]. Available from: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/44960/Institucionalidad_y_desarrollo_final.pdf.
16. Vásquez - Tres Palacios EM, Martínez-Herrera E. Políticas públicas. En: seguridad social para la protección de los trabajadores informales en Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 12 (24): 87-98, enero-junio de 2013
17. Barón G. Colombian Health spending 1993-2003: its composition and trends. En *Revista Salud Pública* [online]. 2007 [Consultado 16 diciembre 2014]; 9(2): 167-179.
18. Frenk J, Londoño JL. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. México: Documento de trabajo 353 del Banco Interamericano de Desarrollo; 1992.
19. República de Colombia. Demografía y población [internet]. Bogotá: Departamento Nacional de Estadística; s. f. [citado el 18 de marzo de 2016]. Consultado en <http://goo.gl/CrJvRU>.
20. Robledo-Martínez, FA. Identidad Cultural y Salud Social. *Revista de Salud Pública* 2015. Bogotá. Volumen 17 (4), 636-646.
21. República de Colombia. Constitución Política de Colombia [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 1991 [citado el 18 de marzo de 2016]. Disponible en <http://goo.gl/Ar5UME>.

22. Ministerio de Salud y Protección Social. Sentencia T 760- tutelas en salud. Bogotá, 2008.
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438, artículo 25. Bogotá, 2011.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4678: actualización CUPS. Bogotá, 2015.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5592: igualación de planes de beneficios con cargo a la UPC. Bogotá, 2015.
26. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal. Washington: 2010.
27. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Boletín de la Organización Mundial de la Salud [1978]; Washington: 1998; 56(2): 295-303.
28. República de Colombia. Sistema Integral de Información de la Protección Social [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; [citado el 18 de marzo de 2016]. Consultado en <http://www.sispro.gov.co/>.
29. Organización Mundial de la Salud. Informe “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”. 2000. Disponible en <http://www.who.int/whr/2000/es>. Consultado el 16 de marzo 2016.
30. United Nations. UN resolution. A/Res/66/288. *The future we want*. Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang=E. Cited December 2013.
31. Carrasquilla G. Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. En Salud Pública, México: 2011; 53 supl 2: 78-84.
32. Yepes F, Ramírez M. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Bogotá: Mayol Ediciones S.A., Assalud y Universidad del Rosario; 2010:30.
33. República de Colombia. Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Internet]. Bogotá: Congreso de la República; 1993 [citado el 18 de marzo de 2016]. Consultado en <http://goo.gl/aGgKWj>.
34. Mesa-Lago C. Social insurance (pensions and health), labour markets and coverage in Latin America. En: Hujo K, McInahan S. (eds). *Financing Social Policy. Mobilizing Resources for Social Development*. Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD). Nueva York: Palgrave Macmillan; 2009.
35. Fundación Corona, DNP. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Bogotá: gente nueva editorial Ltda; 2007:11-18.
36. Monteiro de Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rígoli F, Malagón de Salazar L, Castell-Florit Serrate P, Gomes Ribeiro K, Swift Koller T, Bravo Cruz FN, Atun R. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet* [Internet]. 2014[Cited March 2016] Available from [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61494-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61494-X).